



Mai troppo magre. Variazioni sul peso femminile in menopausa

Nicole Vernazza-Licht, Daniel Bley

► To cite this version:

Nicole Vernazza-Licht, Daniel Bley. Mai troppo magre. Variazioni sul peso femminile in menopausa . Diasio Nicoletta, Vinel Virginie Il tempo incerto. Antropologia della menopausa, Franco Angeli, pp.190-201, 2007, Collection Scienza et salute. hal-01295038

HAL Id: hal-01295038

<https://hal.science/hal-01295038>

Submitted on 30 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

8. *Mai troppo magre. Variazioni sul peso femminile in menopausa*

Nicole Vernazza-Licht, Daniel Bley

8.1. Introduzione

In occasione della mostra permanente sulla salute, allestita alla *Cité des Sciences*, alla *Villette*, a Parigi nel 1993, era stato installato un micro-marciapiede per intervistare i passanti sulle diverse definizioni della parola “salute”. L’analisi che ne avevamo fatto (Aiach, Vernazza-Licht, 1996) metteva in rilievo che, per la maggior parte delle persone, la salute era equiparata alla “buona salute” e si concretizzava nell’essere “in forma” e nello stare bene con il proprio corpo. Così veniva valorizzata l’immagine di un corpo mantenuto snello negli anni, grazie al controllo dell’alimentazione e all’esercizio fisico.

Come ricorda Didier Fassin, basandosi sull’etimologia latina della parola “salute”¹, il corpo è al centro delle ricerche antropologiche sulla salute. E’ un tema ricorrente nei lavori degli antropologi che si interessano a questi problemi, così come è diventato un importante soggetto di riflessione nell’ultimo decennio, in rapporto allo sviluppo della genetica e ai lavori sul concetto di vita (Baszanger, Bungener, 2003; Raynaut, 2001).

Ci sembra tuttavia essenziale sottolineare che l’antropologo deve iscrivere il suo discorso in un contesto di lunga durata, che tenga conto della variabilità biologica, della diversità culturale e delle diverse angolazioni scelte dagli informatori e/o dai ricercatori per parlare dell’immagine del corpo. Esistono in effetti una molteplicità d’immagini corporee anche se i corpi umani, presi nella loro diversità, s’avvicinano tutti ad un unico modello. Abbiamo tutti uno stesso corpo, costituito dagli stessi elementi, e siamo tutti diversi². Così come sono diverse le immagini del corpo quando ne rappresentano l’aspetto esteriore attraverso la pittura, la scultura, la fotografia oppure la struttura interna con l’ecografia, la radiografia o la ricostruzione di un’immagine digitale.

¹ Tre termini diversi definiscono la salute in latino. *Salus* indica il buon stato fisico e morale, ma anche il mantenimento dei propri beni e dei propri diritti. *Sanitas* indica il buono stato del corpo e della mente, ma può anche significare la ragione, il buon senso, il buon gusto. *Salubritas* aggiunge al concetto di buono stato di salute, l’idea dei mezzi necessari per assicurarne il mantenimento (Fassin, D., nd).

² “Tutti parenti, tutti differenti”, mostra al Musée de l’Homme (1992/1995).

Gli antropobiologi, grazie ai contributi della genetica moderna, hanno oggi abbandonato del tutto i tentativi dei loro predecessori del secolo scorso, che avevano tentato di classificare l'umanità in razze basate sulle caratteristiche fisiche degli individui. In effetti, a seconda di combinazioni genetiche aleatorie prima e di fenomeni selettivi poi, le popolazioni umane sono degli insiemi di immagini simili e, nonostante ciò, mai davvero identiche. Gli antropobiologi danno un posto centrale al concetto di variabilità biologica³ e hanno tentato di descriverla in modi diversi, ad esempio attraverso parametri ossei come la statura oppure parametri ponderali.

Il corpo è quindi oggetto di misura, ma è anche oggetto di vissuti e rappresentazioni che s'inscrivono in una dimensione culturale. Gli individui attribuiscono al corpo dei valori che differiscono da una società all'altra, da un'epoca all'altra e le immagini corporee sono diventate oggetto di studio per gli antropologi, in modo particolare nel contesto di riflessioni sulla salute e la malattia.

8.2. Salute e immagini del corpo

Supporto di campagne di prevenzione o di strategie di marketing a fini pubblicitari, l'immagine fa parte della nostra conoscenza della malattia e dei malati. Per questo motivo, l'immagine del corpo, intesa come la riproduzione visiva del corpo fisico delle donne e degli uomini in una data società, è oggetto di studio da parte degli antropologi. Lo studio delle immagini degli individui prodotte all'interno di una società o su dei gruppi d'individui in una società data permette di valutare quali siano o siano state le rappresentazioni profane e scientifiche delle conoscenze biologiche e mediche del momento. L'assenza d'immagini o la loro presentazione in contesti specifici può quindi rivelare il ruolo assegnato a determinati individui. E' così per la posizione dei bambini, delle donne, ma anche dei giovani o degli anziani in una società, ma anche, ad esempio, per il posto lasciato agli handicappati fisici e mentali. La produzione d'immagini del corpo è talvolta il prodotto di un'attesa sociale, come ad esempio, la diffusione dell'immagine del corpo colpito dall'AIDS da parte di gruppi di malati (Fabre, 1991). L'importanza data all'estetica corporea può anche associarsi al rifiuto di modificarlo, anche dopo la morte, ad esempio nell'espanto di organi. Allo stesso modo, lo scarto rispetto alla norma riduce l'accettazione di

³ Vedi al proposito il testo edito da de Boeck nel 2003, "Anthropologie Biologique : évolution et biologie humaine" in Susanne et alii. (eds) e, in particolare, la quinta parte dedicata alla variabilità dell'uomo contemporaneo (pp. 425-566).

corpi magri o grassi, alti o bassi, i corpi al di fuori della norma suscitano la curiosità, l'intolleranza ed è proprio quanto accade nelle società europee dove viene valorizzato il corpo snello e longilineo.

L'iconografia nelle pubblicazioni di divulgazione sanitaria destinate alla gente comune ci servirà d'esempio per spiegare l'importanza data al corpo e alla sua immagine nel quadro di un discorso generale sulla salute e per sottolineare il carattere normativo e stigmatizzante della definizione della salute, che emerge attraverso le immagini. La stampa per il grosso pubblico di informazione sulla salute è, in Francia, un fenomeno recente poiché il mensile più vecchio, *Santé Magazine*, è solamente del 1976. 19 mensili si contendono il mercato e 5 hanno una tiratura superiore alle 300.000 copie. Sono, in ordine decrescente: *Top Santé*, *Santé Magazine* et *Bien être et Santé*, *Univers Santé* et *Réponse à Tout Santé*⁴. In queste riviste dedicate alla salute, l'illustrazione è privilegiata, quella che rappresenta il corpo in modo particolare. Così quando abbiamo fatto lo spoglio dei mensili sulla salute relativi ad un mese, quello di aprile 2004, abbiamo registrato un totale di 274 illustrazioni d'articoli di cui 214 (ovvero l'80% del totale) rappresentano il corpo o delle parti di esso. L'immagine del corpo come supporto per spiegare cosa sia la salute varia in funzione delle pagine.

E' ugualmente interessante esaminare di quale idea di salute tali immagini siano il supporto. Possiamo prendere degli esempi da articoli che trattano di temi presenti in tutte le riviste e che sono generalmente illustrati in maniera simile. I più numerosi sono gli articoli sul sovrappeso e questi sono ampiamente illustrati. Un articolo di *Santé Magazine* s'intitola "20 consigli vita snella" e spiega, per riassumere l'essenziale, che bisogna dimagrire per essere belle. Nella stessa rivista, un altro articolo s'intitola "Cellulite. Ecco le soluzioni" e dice che è necessario perdere la cellulite se non ci si vuole sentire malate. Un altro tema è quello del mantenimento della pelle e le cure necessarie, come per il corpo, per mantenerla giovane e non invecchiare. Tutti questi testi sono accompagnati da fotografie di giovani donne in costume da bagno per meglio mostrare l'ideale da raggiungere. Bellezza e salute sono congiunte in un concetto generale di "buona salute", sinonimo di un corpo snello mostrato come un modello nelle nostre società industrializzate.

Assistiamo quindi, in queste riviste ad una messa in scena, per immagini, del corpo, ed unicamente del corpo sano. Il corpo esotico è assente, così come lo è il corpo sofferente o malato. In tutte le riviste solo corpi di donne giovani, belle, dinamiche, spesso nude. Non c'è posto, o solo in via eccezionale, per il corpo maschile, per quello delle persone anziane, né per i corpi di donne che si

⁴ Tra questi cinque titoli a maggiore tiratura, uno solo, *Bien-être et Santé*, è distribuito gratuitamente nelle farmacie.

allontanano dai canoni odierni della bellezza femminile⁵. L'immagine non è medica, né scientifica, ma è l'illustrazione della "salute" come stato di non malattia. Ciò è confermato, d'altronde, dai sottotitoli dei periodici, "*La rivista della buona salute*" per *Top Santé* e "*Il giornale che fa bene*" per *Santé magazine*.

In questi periodici sulla salute, possiamo constatare che c'è spesso "un intreccio tra lo star bene e l'apparire bene", come dice Sudres (1993) in uno studio intrapreso sulle donne in cura dimagrante. Questa constatazione ci porta, al di là delle analisi sociologiche sull'immagine del corpo, ad ampliare la nostra riflessione ad un approccio antropologico dell'"apparire". Effettivamente, abbiamo spesso a che fare con una proiezione ideale del corpo, con la nostra stessa immagine, con l'immagine da raggiungere o da mantenere. Possiamo in effetti considerare come spiega Descamps (1985) che "oggi s'è costituito un vero standard-tipo sociale del corpo da cui non ci si può allontanare (...). Nelle nostre società, le mode corporee non hanno bisogno di essere imposte perché sono subdolamente veicolate dalla pubblicità e dai media (foto, riviste, cinema, televisione). Si è così creato lo standard-tipo di un corpo snello, rilassato, armonioso al quale ciascuno di noi deve adeguarsi". Questo stesso standard-tipo rimbalza d'altronde in altre società, grazie alle immagini che i media diffondono ormai in tutto il mondo.

La buona salute significa quindi unire bellezza e forma fisica, ma anche "accettarsi per quello che si è", come l'avevamo evidenziato insieme a Pierre Aïach et Vernazza-Licht (1996). Questo senso di benessere dipende anch'esso, e in larga misura, da condizionamenti sociali che impongono norme di altezza, peso, portamento. Talvolta queste norme vanno di pari passo con le ricerche mediche che mostrano costantemente i benefici sulla salute di una "corretta" igiene alimentare e dell'attività sportiva e gli effetti deleteri del soprappeso. Queste stesse regole influenzano in modo particolare il comportamento delle donne e delle persone che le circondano. Esse influenzano i vari regimi alimentari e le loro derive, come l'anoressia, la bulimia, la depressione, e spingono al ricorso, sempre più frequente, alla chirurgia estetica, soprattutto man mano che l'individuo invecchia. Questo marchio del culturale e del sociale sul biologico è vissuto anche in funzione dell'appartenenza di genere e dell'età.

⁵ L'influenza di queste riviste e, attraverso di esse, dell'immagine femminile che ne scaturisce va oltre il contesto francese perché alcune di esse sono distribuite e comprate altrove, segnatamente in diversi paesi africani.

8.3. Peso reale, peso ideale

Per quel che riguarda le donne, l'attenzione per il corpo si concentra essenzialmente sul peso e, sulla cinquantina, l'aumento di peso tanto temuto è spesso associato alla menopausa.

E' ciò che abbiamo potuto constatare in uno studio realizzato nel 1994, nella regione Provenza-Alpi-Costa Azzurra (PACA) presso le donne che non avevano risposto ad una campagna-pilota di prevenzione del cancro al seno nell'ambito di una più ampia campagna di prevenzione gratuita curata dalla *Caisse Nationale d'Assurance Maladie* nella provincia *Bouches-du-Rhône*. Questa campagna di prevenzione, condotta lungo l'arco di tre anni, riguardava le donne tra i 50 ed i 59 anni. Il loro tasso di partecipazione era stato solo del 48%. Lo studio, condotto nell'ambito del laboratorio di Salute Pubblica di Marsiglia⁶, aveva lo scopo di capire quali fossero le ragioni capaci d'incidere sul rifiuto delle donne a sottoporsi a delle iniziative di prevenzione del cancro al seno. Avevamo scelto di svolgere una ricerca sulle donne che avevano tra i 50 ed i 54 anni al momento della convocazione, perché erano quelle che meno avevano aderito alla campagna di prevenzione e quelle tra cui, allo stesso tempo, erano stati riscontrati la maggioranza dei casi "sospetti" (San Marco, 1993). Non volevamo indispettire le donne proponendo loro di primo acchitto un'intervista imperniata sulla prevenzione del cancro al seno, poiché, da diversi anni, le loro "non-risposte" testimoniavano una forma di rifiuto o di disinteresse. E' per questa ragione che abbiamo deciso di non trattare la questione del cancro al seno in una dinamica specifica e isolata, ma d'inquadrarla in un ambito più vasto che corrispondeva alla prevenzione della salute in generale in un'età, quella dei cinquant'anni, che corrispondeva anche alla menopausa. Le interviste⁷ hanno avuto luogo nel secondo trimestre del 1994, a casa di donne contattate precedentemente per telefono. Durante le nostre conversazioni, tutte le donne in menopausa hanno citato i disagi sofferti durante questa fase: vampate di calore, sudorazioni, emicranie, ecc. Solo tre hanno detto di seguire una cura ormonale pur affermando di sospendere il giudizio sulle potenziali conseguenze "della dose di ormoni". In via generale, contrariamente alla nostra ipotesi iniziale, nessuna ha citato il fattore dell'età o della menopausa, come una ragione supplementare per controllare la propria salute. La menopausa era associata, in particolare, all'idea

⁶ In collaborazione con Martine Binois, medico di salute pubblica.

⁷ Temi affrontati durante l'intervista : le modalità di cura specificatamente destinate alle donne (pratiche quotidiane, pratiche cliniche, pratiche di prevenzione), l'immagine del corpo e della menopausa, le forme di prevenzione per sé e di protezione degli altri membri della famiglia (informazione e consulenza, eredità familiare nel rapporto salute-malattia, concetto di responsabilità).

di soprappeso. Tutte le donne intervistate hanno parlato del loro aumento di peso e dell'attenzione data all'alimentazione (grassi, carboidrati). Sembra comunque che il fattore peso non comportasse una sorveglianza particolare da parte dei medici. Era l'aumento di peso a spiegare, secondo il discorso delle donne intervistate e indipendentemente dalla loro forma fisica, le modificazioni corporee sopraggiunte con la menopausa.

Per valutare appieno la gravidanza di un discorso sul peso nel vissuto della menopausa abbiamo in seguito prolungato l'indagine in modo più mirato, attraverso una ricerca realizzata nel 2002, presso la Cassa Depositi e Prestiti (*Caisse des Dépôts et Consignations*) di Bordeaux, sulle "misure e percezioni del peso". La *Caisse des Dépôts et Consignations* (da ora in poi CDC) è un'impresa finanziaria che gestisce le pensioni dei pubblici funzionari che operano nelle agenzie territoriali ed ospedaliere. Nel 1998, secondo il bilancio sociale, la CDC di Bordeaux contava 1067 impiegati, di cui 690 donne la cui età media era di 43,3anni. Delle interviste approfondite ed un'indagine quantitativa presso 90 donne volontarie⁸ sono state condotte dentro l'impresa (Bley et alii, 2006). Un terzo delle donne erano in menopausa e la metà si avvaleva di una terapia ormonale di sostituzione⁹.

Le interviste hanno permesso di valutare il vissuto e le rappresentazioni della menopausa, in particolare quelle legate alla sessualità, alla maternità, alle relazioni con gli altri e, in particolare, con l'eventuale coniuge, con la famiglia, gli amici e gli eventuali colleghi di lavoro¹⁰. Il questionario comportava 55 domande aperte o chiuse. Una prima parte aveva lo scopo di raccogliere tutta una serie di dati biologici: età, età alla nascita del primo figlio, età del menarca, età alla menopausa, altezza, peso, peso minimo e massimo durante l'età adulta. La seconda parte intendeva cogliere la percezione che le donne avevano del peso (il proprio e quello degli altri), l'immagine del proprio corpo e l'idea della menopausa. Il questionario era completato dalla misurazione di tre pliche cutanee¹¹, dell'altezza e del peso¹².

⁸ 90 donne d'età compresa tra i 37 e i 63 anni; l'età media era di 46,7 anni

⁹ 26 donne su 90 erano in menopausa e vi sono entrate ad un'età media di 46 anni.

¹⁰ Le interviste in profondità affrontavano argomenti quali: la qualità della vita in menopausa, l'immagine del corpo, i sintomi conosciuti e quelli vissuti riconducibili alla menopausa, il rapporto menopausa-riproduzione e menopausa-malattia, le cure mediche, la terapia ormonale, la relazione tra la menopausa ed i cambiamenti o la continuità vissuti nella vita personale e sociale.

¹¹ Con l'accordo della donna, il dottore del servizio di medicina della CDC ha misurato, con un compasso a spessore (pinza Harpenden *Skinfold Caliper*) o adipometro, lo spessore di tre pliche cutanee (plica cutanea tricipitale, plica cutanea sottoscapolare, plica cutanea soprailiaca).

¹² La parte dedicata alle misure è stata assicurata dal servizio di medicina, il che ci ha permesso d'avere accesso alle informazioni sul peso e l'altezza delle donne.

Questo lavoro di misura e di analisi ci ha permesso di evidenziare il divario esistente tra il peso effettivo delle donne e la percezione che esse ne hanno.

Si può rilevare così che le donne intervistate hanno un'altezza media di 1,62 m ed un peso medio di 62 kg. L'indice di massa corporea¹³ medio è di 23,3 e rientra nella categoria ritenuta di "peso ideale" secondo la classificazione dell'OMS. 3,3% delle donne sono in sottopeso (magrezza) e 10% presentano un sovrappeso di 2 gradi (obesità). Intervistate, tuttavia, su cosa pensassero del loro peso attuale, i due terzi delle donne si sono dichiarate "insoddisfatte" e più della metà ritenevano d'aver qualche chilo di troppo". In effetti, le donne intervistate consideravano che il peso ideale è di 57 kg, ovvero 5 kg meno del peso reale medio che è di 62 kg, nondimeno peso "ideale" per gli standard dell'OMS. Questa differenza e quest'insoddisfazione per quei 5 kg di troppo, è una conferma reale dello scarto tra la "misura" e la "percezione" che le donne hanno del peso e dell'immagine del proprio corpo. Possiamo pensare che questa differenza sia ampiamente condizionata dai numerosi articoli di talune riviste che, con l'approssimarsi dell'estate, propongono alle lettrici di perdere rapidamente i chili superflui.

Quest'insoddisfazione di sé si esprime, per la metà delle intervistate, con la pratica dell'esercizio fisico almeno una volta alla settimana¹⁴ e, per la maggioranza di loro, con una cura particolare dedicata all'alimentazione quotidiana¹⁵. Il controllo costante sull'alimentazione si spiega con il fatto che, per la maggior parte delle informatrici, proprio l'alimentazione sia l'elemento determinante dell'aumento di peso¹⁶, pur considerando che l'ereditarietà, cioè quella parte di sé che non si può controllare, possa essere un fattore concomitante.

In questo gruppo di donne, di cui solo un terzo in menopausa, quest'ultima è percepita, in gran parte, come un fenomeno biologico, ormonale (cessazione del mestruo), ma alcune hanno fatto presente che si trattava soprattutto di un

¹³ L'indice di massa corporea (IMC) corrisponde alla divisione del peso (in chili) per l'altezza al quadrato. Ha lo scopo di trasformare il peso in una variabile indipendente, per poter valutare un deficit o un eccesso ponderale negli individui di diversa statura. Le cinque classi d'IMC, determinate secondo le raccomandazioni espresse dall'OMS nel 1995, definiscono 5 grandi categorie di peso, caratterizzate da gradi e distinte normalmente in: magrezza, peso forma/ideale, sovrappeso, obesità, obesità grave (OMS, 1995).

¹⁴ Le altre non fanno sport per mancanza di tempo (40%), di voglia (47,5%) o a causa di un problema di salute (12,5%). Sottolineiamo che quelle che, dal punto di vista dell'IMC, sono classificate nella categoria "debole" sono quelle che fanno più sport.

¹⁵ Al momento della ricerca, l'82,2% delle donne ha dichiarato di controllare l'alimentazione e il 64,4% dichiara d'aver già seguito una dieta dimagrante.

¹⁶ Alla domanda "Cos'è che determina il peso, secondo lei?" il 50 % delle donne ha risposto l'alimentazione, il 37 % l'ereditarietà, le altre hanno citato lo sport, la malattia, l'igiene di vita, l'età.

“cambiamento di status”, considerando, come abbiamo più volte sottolineato, che la menopausa può avere delle conseguenze sociali nella loro vita di donne e nei rapporti con le persone che le circondano. La menopausa è allora percepita come un passaggio, la fine di un ciclo e l’ingresso nella vecchiaia.

Benché gli studi scientifici sottolineino che c’è un aumento lineare nel peso a partire dai 20 anni in poi, senza picchi particolari al momento della menopausa, le donne che abbiamo intervistato, pensavano che questa si sarebbe tradotta in un aumento di peso¹⁷ e, la maggior parte delle informatrici non ancora in menopausa¹⁸, pensavano che essa ne avrebbe modificato l’apparenza fisica. Mentre il calo del tasso di estrogeni si traduce in modificazioni morfologiche e, in particolare, in una ridistribuzione del tessuto adiposo che tende a concentrarsi a livello addominale invece che a livello del bacino e delle cosce (Jamin, 1995), le donne percepiscono il cambiamento essenzialmente in termini “d’aumento di peso”.

8.4. Al di là del peso: menopausa e qualità di vita

Il concetto di qualità di vita secondo la definizione dell’OMS (WHOQOL, 1993) - “la percezione che un individuo ha del suo posto nell’esistenza, nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vive” – ci sembra particolarmente pertinente per studiare le possibili conseguenze socio-culturali della menopausa. Questo concetto si situa in effetti alla frontiera tra la dimensione medica e sociale, permette d’analizzare le capacità d’adattamento degli individui e delle popolazioni, di studiare quale sia il discorso culturalmente costruito su un fenomeno biologico, di valutare l’impatto di tali rappresentazioni sul vissuto degli individui.

Bisogna tuttavia sottolineare che gli studi sulla qualità della vita sono abbastanza rari nel campo delle scienze sociali ed umane in generale (Bley, Vernazza-Licht, 1997), e soprattutto nell’antropologia, mentre sono molto più frequenti in ambito medico (McKenna, Hunt, 1993; Moatti, 1996 ; Launois, Régnier, 1992; Jasmin et alii, 1996, 1999). Oggi siamo, infatti, obbligati a confrontarci con un processo crescente di medicalizzazione della società (Aïach, Delanoël, 1998); numerosi problemi sociali sono sempre più spesso analizzati con una lente clinica, in virtù delle conseguenze possibili dal punto di vista della salute e della malattia (Aïach et Vernazza-Licht., 1996). Medici ed epidemiologi, di fronte alla questione della qualità della vita, hanno sviluppato degli strumenti

¹⁷ L’81% delle donne intervistate

¹⁸ Il 67,8 % delle donne non ancora in menopausa, in particolare.

di valutazione, le famose “scale di qualità di vita”, assimilabili alle “scale di salute percepita”, cercando così di capire come si possa unire “percezione” e “misura” nell’analisi di uno stesso fenomeno (Leplège, 2000).

Per quanto concerne la qualità della vita in menopausa dal punto di vista medico, è interessante notare che di fronte alle lamentele delle donne in perimenopausa, la classe medica, dopo aver individuato ed isolato gli estrogeni negli anni '20, si è concentrata soprattutto nella cura di questa carenza ormonale, in modo particolare dopo aver individuato i problemi legati all’osteoporosi, attraverso la somministrazione di terapie sostitutive. A partire dalla questione dell’osteoporosi, considerata come un vero problema di salute pubblica, e dal disagio delle donne, il cui 50% continua a lamentare sintomi vasomotori conseguenti alla menopausa, 5 anni dopo la fine delle mestruazioni, i medici hanno creato delle scale di qualità della vita come ad esempio il *Women Health Questionnaire* (WHQ), ideato apposta per valutare i problemi che le donne incontrano in questa fase della loro esistenza (Wiklund, 1998).

Ciononostante, i medici-epidemiologi considerano la qualità di vita delle pazienti solo con l’ottica dell’efficacia terapeutica, ottica che non è necessariamente quella che privilegiano le donne ed i loro cari. Bisognerebbe anche tener presente la complessità del vissuto quotidiano delle popolazioni, e delle donne in particolare, di fronte a tutti quei cambiamenti fisici e sociali indotti dalla cessazione del mestruo.

Con il diffondersi della contraccezione e del controllo delle nascite da parte delle donne, si può pensare che la menopausa, in Francia come in numerose società occidentali, non sia più legata alla vita riproduttiva, ma piuttosto alla soglia della vecchiaia. In questo contesto, essa è vissuta in modo negativo e dà luogo a strategie femminili di cura del corpo e della salute che permettano alle donne di conservare il proprio posto in seno alla coppia, alla famiglia, alla società. La medicalizzazione della menopausa è quindi considerata come un processo necessario a ritardare l’invecchiamento ed un modo di prolungare la qualità della vita. L’insieme dei risultati di questo studio evidenzia, a proposito del peso, il divario tra la misura, quella praticata dallo studioso, e la percezione delle donne. Nel contempo sembra rivelare alcune delle incomprensioni possibili, intorno ad uno stesso problema, tra la classe medica ed il personale sanitario, che si basano su una norma scientifica (p.e. le categorie dell’OMS) e le donne che fanno riferimento ad una norma sociale evidentissima, soprattutto nei rotocalchi femminili. E’ in termini di qualità di vita, cioè di percezione di sé in rapporto agli altri in un contesto sociale dato, che i cambiamenti indotti dalla menopausa potranno essere accettati dalle donne, siano essi biologici o sociali. Per questo motivo il corpo è oggi una delle più importanti scommesse politiche e una chiave d’ingresso per capire la società contemporanea.

Riferimenti bibliografici

- ABEGA S.C., MBARGA J., VERNAZZA-LICHT N., "Activité sexuelle et qualité de vie des femmes ménopausées au Sud Cameroun", in Guerçi A., Consigliere S, *Il Vecchio allo specchio. Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia*, Genova, Erga ed., 2002, 356-369.
- AÏACH P., DELANOË D.(dir), *L'ère de la médicalisation*, Anthropos, Paris, 1998.
- AÏACH P., VERNAZZA-LICHT N. (dir.), « La santé, usages et enjeux d'une définition », *Prévenir*, 30, 1996a.
- AÏACH P., VERNAZZA-LICHT N., « De la santé à la bonne santé, analyse à deux voix d'un micro-trottoir. », *Prévenir*, 30: 1996b, 101-113.
- ALFIERI C., "Mutazione di ruoli nel ciclo di vita femminile post-riproduttivo : il caso della donna bobo" in Guerçi A., Consigliere S, *Il Vecchio allo specchio. Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia*, Genova, Erga ed., 2002, 370-379.
- BASZANGER I., BUNGENER M., Rapport de prospective Santé, Maladie et Société, Colloque Prospective, CNRS, 2003.
- BEYENE Y., "Cultural significance and physiological manifestations of menopause. A biocultural analysis", *Culture Medicine and Psychiatry*, 10 (1), 1986, 47-71.
- BLEY D., VERNAZZA-LICHT N. (dir.), *Qualité de vie : Santé, Ecologie, Environnement*, 33, 1997.
- BLEY D., VERNAZZA-LICHT N., « La multiplicité des usages de la qualité de vie », *Prévenir*, 33, *Qualité de vie, Santé, Ecologie, Environnement*, 1997, 7-14.
- BLEY D., VERNAZZA-LICHT N., BARILLOU C., « Dimensions corporelles et ménopause : perceptions et mesures », *Diététique et Médecine*, 2006.
- BELOT-FOURCADE P., WINAVER D. (eds), *La ménopause. Regards croisés entre gynécologues et psychanalystes*, Editions Erès, 2004.
- BOULET MJ., ODDENS EJ., LEHERT P., VERNET HM., VISSER A., "Climateric and menopause in seven south-east Asian countries", *Maturitas*, 19 (3), 1994, 157-176.
- DELANOË D., « La médicalisation de la ménopause » in Aïach P., Delanoë D.(dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998a, 211-251.
- DELANOË D., « Les représentations de la ménopause et les attitudes envers le traitement hormonal. Une enquête de la population générale en France » in Sureau C., Héritier-Augé F., Epelboin S., Delanoë D., Mimoun S. (dir.), *Stéroïdes, ménopause et approche socio-culturelle*, Paris, Elsevier, 1998b, 39-79.
- DESCAMPS M-A., Modèles culturels et fantasmes collectifs dans les formes du corps. In : *110ème congrès national des sociétés savantes*, Montpellier, 1985, 65-378.
- DIASIO N., "L'inverno delle donne. La costruzione del concetto di menopausa tra scienza e metafisica" in Guerçi A., Consigliere S, *Il Vecchio allo specchio. Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia*, Genova, Erga ed., 2002, 310-325.
- DIASIO N., VERNAZZA-LICHT N., La ménopause, processus biologique et enjeux culturels in : Guerçi A., Consigliere S, *Il Vecchio allo specchio. Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia*, Genova, Erga ed., 2002, pp. 278-281.
- FABRE G., *La prévention du sida auprès des jeunes : paradoxes et contradictions*, LEST - ANRS, rapport de recherche, 1991.

FASSIN D., *Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé*, nd, <http://www.inserm.fr/cresp/cresp.nsf/3>

FLINT M., "Anthropological perspectives of the menopause and middle age", *Maturitas*, 4 (3), 1982, 173-180.

HERITIER F., « Anthropologie de la ménopause » in Sureau C., Héritier-Augé F., Epelboin S., Delanoë D., Mimoun S. (dir.), *Stéroïdes, ménopause et approche socio-culturelle*, Paris, Elsevier, 1998, 11-21.

JAMIN C., « Poids, ménopause et THS : mythes et réalités », *La lettre du gynécologue*, hors série, septembre 1995, 1-7.

JASMIN C., BUTLER R. (eds), *Longévité et qualité de vie : défis et enjeux*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 1999.

JASMIN C., LEVY JA., BEZ G. (eds), *Cancer, Sida, la qualité de vie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 1996..

KAUFERT P., "Anthropology and the menopause: the developpment of a theorical framework", *Maturitas*, 4 (3), 1982, 181-193.

KAUFERT P., "The social and cultural context of menopause", *Maturitas*, 23 (2), 1996, 169-180.

LAUNOIS R., REGNIER F. (dir), *Décision thérapeutique et qualité de vie*, Paris, John Libbey Eurotext, 1992.

LE BRETON D., *Corps et sociétés. Essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Paris, Méridien-Klincksieck, 1985.

LE BRETON D., *L'adieu au corps*, Paris, Métailié, 1999.

LEMOINE-DARTHOIS R., WEISSMAN E., *Elles croyaient qu'elles ne vieilliraient jamais. Les filles du baby-boom ont 50 ans*, Paris, Albin Michel, 2000.

LEPLÈGE A., « Les mesures de qualité de vie », Paris, PUF, 2000.

LOCK M., "Ambiguities of aging : Japanese experience and perceptions of menopause", *Culture Medicine and Psychiatry*, 10 (1) 1988, 23-46.

LOCK M., "Contested meanings of the menopause", *Lancet*, 337, 1991, 1270-1272.

MCKENNA S., HUNT S., « Evaluation de l'intérêt des thérapeutiques : la nécessaire mesure de la qualité de vie », *Transcriptase*, 12, 1993, 13-14.

MOATTI J.P. (dir), *Recherche et Qualité de vie*, Paris, Flammarion, 1996.

MOULINIE V., *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, Paris, Editions MSH, , 1998.

OMS, *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie*. Organisation Mondiale de la Santé, Série de rapports techniques, 854, 1995.

PUJALON B., TRINCAZ J., *Le droit de vieillir*, Paris, Fayard, 2000.

RAYNAUT C., « L'anthropologie de la santé, carrefour de questionnements : l'humain et le naturel, l'individuel et le social », *Ethnologies comparées*, 2001, <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>

SAN MARCO J.L., *Rapport final d'évaluation, Campagne de dépistage du cancer du sein*, Département des BDR, Laboratoire de Santé Publique, mai 1993.

SUDRES J-L., « Amincissement féminin: de la mode socio-culturelle à la souffrance somato-psychique. » in *Corps, cultures et thérapies*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 1993, 303-335.

SUSANNE C., REBATO E., CHIARELLI B. (dir.), *Anthropologie biologique : évolution et biologie humaine*, Bruxelles, De Boeck, 2003.

TOMLINSON B., "Intensification and the Discourse of Decline: A Rhetoric of Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, 13 (1), 1999, 7-31.

TOWNSEND JM., CARBONE CI, "Menopausal syndrome : illness or social role. A transcultural analysis", *Culture Medicine and Psychiatry*, 4, 1980, 229-248.

VERDIER Y., *Façons de dire, façons de faire, La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard, 1979.

WHOQOL Group, "The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL)" in Orley J., Kuyken W. (eds), *Quality of Life Assessment : International Perspectives*, Springer-Verlag, 1993.

WIKLUND I., « Evaluation de la qualité de vie au moment de la ménopause » in Sureau C., Héritier-Augé F., Epelboin S., Delanoë D., Mimoun S. (dir.), *Stéroïdes, ménopause et approche socio-culturelle*, Paris, Elsevier, 1998, 51-63.

Comment citer l'article :

<p><u>VERNAZZA-LICHT NICOLE.</u>, BLEY DANIEL., 2007 Mai troppo magre. Variazioni sul peso femminile in menopausa in Diasio N., Vinel V. (a cura di), <i>Il tempo incerto. Antropologia della menopausa</i>, Milano, Franco Angeli, coll. Scienza et salute, 190-201</p>
